

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 88

DES COMPLICATIONS
CARDIO - VASCULAIRES
DE LA GRIPPE
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1919

PAR

MASSOULIÉ (Marius-Honoré-Victor)

Né à Toulon (Var), le 14 juin 1889

Ancien interne de l'hôpital de Toulon

Médecin A. Major de 1^{re} classe

Croix de Guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ VIRES, Professeur, *Président*.
RAUZIER, Professeur.
LÉENHARDT, Agrégé.
RIMBAUD, Agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919

DES COMPLICATIONS
CARDIO - VASCULAIRES
DE LA GRIPPE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 88

DES COMPLICATIONS
CARDIO - VASCULAIRES
DE LA GRIPPE
—••—
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1919

PAR

MASSOULIÉ (Marius-Honoré-Victor)

Né à Toulon (Var), le 14 juin 1889

Ancien interne de l'hôpital de Toulon

Médecin A. Major de 1^{re} classe

Croix de Guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ VIRES, Professeur, *Président*.
RAUZIER, Professeur.
LÉENHARDT, Agrégé.
RIMBAUD, Agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (✱)
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱ ✱), a. i. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱ ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱ ✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LÉENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. VIRES, prof., président ; RAUZIER, prof. ; LÉENHARDT, agrégé ;
RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR MARIE-CLAIRE

A MA SŒUR CLAIRE

MEIS ET AMICIS

M. MASSOULIÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

DE TOULON

M. MASSOULIÉ.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0042

AVANT-PROPOS

Nous allons essayer dans les pages qui vont suivre de réunir les notions pathogéniques et symptomatologiques des complications cardio-vasculaires de la grippe. Nous étudierons également leur traitement.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Vires qui a bien voulu nous fournir les éléments de ce travail et nous guider de ses précieux conseils.

Nous tenons également à lui exprimer toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DES COMPLICATIONS CARDIO - VASCULAIRES DE LA GRIPPE

HISTORIQUE

Les complications cardio-vasculaires de la grippe, contrairement aux autres complications de cette maladie, ne paraissent pas avoir été fréquemment observées dans les épidémies anciennes. Il faut arriver à l'épidémie de 1889-1890 pour les voir signalées et décrites.

Lors de cette dernière épidémie, Huchard, le premier, appela l'attention sur ces complications dans la séance du 24 janvier 1890 de la Société médicale des hôpitaux. Dans cette séance et dans celle du 14 mars, il décrivit une « grippe cardiaque » se manifestant par des lipothymies, des syncopes parfois mortelles, de la lenteur ou de l'accélération du pouls, des accès d'arythmie ou d'intermittences cardiaques, des symptômes de collapsus cardiaque et quelquefois même par des accidents douloureux ressemblant à l'angine de poitrine.

« Le plus souvent, disait-il, le pouls est très fréquent, rétracté, parfois imperceptible.

» Pendant la convalescence le pouls revêt encore un caractère important que j'ai fait connaître sous le nom de *pouls instable*. Cela veut dire que les pulsations s'accélérent d'une façon exagérée sous l'influence du moindre mouvement, et même seulement par l'action de se porter de la station horizontale à la station verticale.

» On doit attribuer ce symptôme à l'abaissement de la tension artérielle qui, d'après mes recherches, est un des importants caractères cliniques de la grippe. Celle-ci, plus même que la fièvre typhoïde, a pour résultat d'abaisser considérablement la pression vasculaire, et c'est en grande partie ce qui explique la production du rythme fœtal du cœur..... »

Enfin dans la séance du 2 mai 1890, parlant de la convalescence de la grippe, il signala la localisation sur le cœur de l'asthénie post-grippale : asthénie cardiaque caractérisée par la faiblesse des contractions ventriculaires, la lenteur et la dépressibilité du pouls.

A la même époque un cas de péricardite avec épanchement abondant, contenant du streptocoque associé au staphylocoque, a été relaté par MM. Vaillard et Vincent (Société médicale des hôpitaux, séance du 7 février 1890).

Les complications atteignant les vaisseaux ont également été étudiées, et M. le Dr Ferrand en rapporte deux cas personnels dans sa communication : « De quelques accidents de la grippe », du 21 février 1890.

ÉPIDÉMIE DE 1918-1919

COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Nous arrivons maintenant à l'étude des complications cardio-vasculaires durant l'épidémie de 1918-1919. Nous pouvons voir que, en ceci comme en beaucoup d'autres points, cette dernière épidémie offre les plus grandes analogies avec sa devancière.

La grippe peut frapper les troncs artériels, les veines ou le cœur lui-même.

LÉSIONS ARTÉRIELLES

Sous l'influence du virus grippal les artères peuvent être atteintes d'inflammation. Ces endartérites aiguës se traduisent par des plaques gélatineuses auxquelles s'ajoutent souvent un processus de thrombose oblitérante.

Ces lésions d'artérites ont été excessivement rares. Nous ne connaissons qu'un seul cas de gangrène du

membre inférieur par artérite oblitérante consécutive à une grippe, signalé par MM. Molina, André, Moulonguet et Debray.

« Au seuil de la convalescence d'une grippe à forme pulmonaire de moyenne intensité, une femme de 25 ans, sans antécédents pathologiques, enceinte de cinq mois, présente des troubles circulatoires du pied et de la jambe droite : œdème et coloration violacée. Quatre jours après, la coloration violacée atteint le milieu de la jambe et la tuméfaction approche du genou. Il y a une douleur très vive et du délire, de la fièvre (38°5) et un mauvais état général.

« Amputation de cuisse au tiers moyen : cicatrisation parfaite, guérison.

» La grossesse n'a pas été interrompue. »

LÉSIONS VEINEUSES

Les complications portant sur les troncs veineux ont été beaucoup plus fréquentes, et nombreux sont les cas signalés.

Les phlébites se manifestent le plus souvent comme une complication de la convalescence survenant au moment où la maladie redevient ou est redevenue apyrétique (Professeur Lereboullet et J. Hutinel).

Ces auteurs publient un cas où, après la guérison apparente, plus de six semaines s'étaient écoulées avant l'apparition de la complication veineuse.

Ceci n'a cependant rien d'absolu, car ils citent eux-

mêmes trois cas relativement précoces, tandis que MM. Favre, Savy et Tolot en signalent un autre où la phlébite s'est établie au cours d'une grippe vers le neuvième jour de l'infection.

MM. Lereboullet et Hutinel font d'autre part observer que la complication relativement tardive de la phlébite, le fait qu'elle survient souvent à la suite d'autres manifestations et notamment de manifestations broncho-pulmonaires, font penser que bactériologiquement elle relève d'agents d'infection secondaire : pneumotoque, streptocoque, staphylocoque, pneumo-bacille de Friedlander, etc., et qu'elle se produit plus volontiers lorsque ces germes n'ont plus qu'une virulence atténuée, le malade survivant aux accidents qu'ils ont provoqués.

La prédisposition veineuse ne paraît pas avoir été souvent relevée.

Aspect clinique.

MM. Favre, Savy et Tolot ont présenté à la Société médicale des hôpitaux un malade atteint d'oblitération phlébitique de la veine cave inférieure.

« La phlébite s'est établie au cours d'une grippe, vers le neuvième jour de l'infection. Elle s'est accompagnée de douleurs extrêmement vives, localisées à la région lombo-sacrée, et d'un œdème considérable des deux membres inférieurs. Apparition rapide d'un réseau de circulation complémentaire de la paroi abdominale ; ce réseau est aujourd'hui extrêmement développé : les troncs veineux énormes qui sillonnent la paroi abdominale partent, pour la plupart, de la région du pli inguinal, ou, plus précisément, du point d'aboutissement de la saphène interne

dans la veine fémorale ; quelques veines dilatées se voient à la paroi supérieure des cuisses.

» Ce type de circulation collatérale est celui qui s'établit en cas d'oblitération temporaire ou permanente de la veine cave inférieure. Gilbert et Villaret opposent ce type cave inférieur au type porte. Dans ce dernier cas, la circulation collatérale est sus-ombilicale et thoracique supérieure, le plus souvent à droite... »

Nous connaissons un deuxième cas de phlébite de la veine cave inférieure, le cas de M^{me} Pommay-Michaux et M. Maurice Boué, mais ce n'est pas le siège ordinaire de la phlébite grippale.

Celle-ci est d'ordinaire une phlébite des membres inférieurs, ayant l'allure de la phlegmatia alba dolens de moyenne intensité.

La symptomatologie ne diffère en rien de la symptomatologie habituelle des phlébites. Souvent, après avoir débuté dans un membre, elle passe dans le membre du côté opposé. Elle est bilatérale dans plus de la moitié des cas (Professeur Lereboullet).

Le début souvent insidieux s'annonce ordinairement par une élévation de la température. « Quand il y a une réascension thermique, il faut en chercher la cause : otite, phlébite, etc... » (Professeur Chauffard). En général, cette élévation de température ne dépasse guère deux ou trois jours.

La douleur peut rester quelques jours vague : simple sensation de pesanteur, de tension ou de crampe, ou peut être d'emblée extrêmement vive, augmentée par les mouvements ou par la pression sur le trajet de la veine.

L'œdème offre les caractères habituels de l'œdème phlébitique. C'est un œdème blanc, lisse ; la peau est

tendue et sillonnée de marbrures bleuâtres dues à la dilatation de l'œdème veineux sous-cutané.

Le membre est atteint d'impotence fonctionnelle. L'hydarthrose du genou vient s'ajouter à l'œdème et à l'impotence.

Le plus souvent, l'état général n'est pas très grave.

D'ordinaire ces phlébites grippales ont une évolution bénigne. En trente ou quarante jours, les phénomènes phlébitiques rétrocedent : la douleur cesse, l'œdème disparaît progressivement et la motricité du membre revient peu à peu.

L'embolie pulmonaire paraît être une rareté. Nous ne connaissons que l'observation apportée le 27 décembre 1918 à la Société médicale des hôpitaux par M^{me} Madeleine Pommay-Michaux et M. Maurice Boué.

Cette observation relate le cas d'une malade hospitalisée pour une grippe broncho-pneumonique. Alors qu'elle allait quitter le service, paraissant guérie, on la vit succomber en quelques minutes, se plaignant d'une douleur violente au cœur.

L'autopsie permit de constater que la mort était due à une embolie du cœur droit, embolie consécutive à une thrombo-phlébite des veines iliaques et de la partie inférieure de la veine cave. Cette lésion était restée inconnue pendant la vie, par suite de l'absence de tout signe clinique.

Le plus souvent la guérison survient sans atrophie musculaire très marquée, sans raideurs articulaires, sans œdème chronique, sans trop de gêne fonctionnelle. Une légère hydarthrose du genou subsiste seule dans quelques cas.

Traitement.

Le traitement, très simple, se résume dans le repos absolu au lit, l'immobilisation du membre dans une gouttière ouatée, ou à l'aide de bandes de toile fixées au lit, le membre préalablement entouré d'ouate. L'immobilisation doit être maintenue pendant 20 à 25 jours après l'apyrexie. En cas de phlébite double on peut employer la gouttière de Bonnet.

Contre les douleurs, les compresses humides et chaudes, imbibées d'eau boriquée ou d'eau salée, sont indiquées.

Il faut ensuite combattre les raideurs, l'hydarthrose, l'œdème et l'atrophie musculaire à l'aide du massage (effleurages superficiels, puis massage léger avec mobilisation progressive des articulations).

COMPLICATIONS CARDIAQUES

Les complications cardiaques ont été fréquemment observées et ont donné lieu à de nombreuses communications, au cours de ces deux dernières années. Nombre d'observations ont mis en lumière l'importance des troubles cardiaques et de l'asthénie cardio-vasculaire.

L'état de l'appareil cardio-vasculaire apparaît comme un des éléments importants du pronostic.

Au cours de son évolution, la grippe peut atteindre le péricarde, l'endocarde, le muscle cardiaque ainsi que les nerfs et les vaisseaux du cœur.

Péricardite

Les phénomènes péricardiques sont très rares et ne s'observent que dans les formes très graves.

Endocardite

L'endocardite est également une complication rarement observée.

A l'autopsie de malades morts de la grippe, M. Brailon a trouvé des végétations au niveau des valvules cardiaques.

Chez deux malades, MM. Louis Rénon et Mignot ont trouvé des lésions d'endocardite récente greffées sur une endocardite ancienne.

MM. J. de Castel et Marcel Dufour ont observé un cas d'endocardite végétante de la tricuspide au cours d'une broncho-pneumonie grippale.

Insuffisance cardio-vasculaire

Mais ce qui domine dans cette pathologie cardiaque de la grippe, ce sont surtout les signes de défaillance que peut présenter le cœur.

Pathogénie.

D'après Huchard, tous les accidents cardiaques sont dus soit à la myocardite grippale, soit à des troubles survenus dans l'innervation du cœur.

La myocardique est probable ici comme dans toutes les maladies infectieuses, mais il s'agit le plus souvent de troubles nerveux, sorte « de névrose du nerf pneumogastrique. »

Il y aurait aussi une forme bulbaire, certains malades pouvant succomber à une sorte de paralysie du cœur.

Les lésions produites par la grippe sur le système nerveux seraient de nature congestive.

Dans l'épidémie qui vient de finir, MM. Josué et Emile Sergent ont montré le rôle pathogénique de l'insuffisance surrénale, caractérisée cliniquement par l'hypotension artérielle et la ligne blanche de Sergent.

Il semble que ce soit surtout un trouble de la fonction angio-tonique des capsules surrénales (Sergent). Dans un article du Journal de méd. et de chir. pratiques, M. Sergent rapporte l'autopsie d'une femme enceinte de trois mois qui succombe à une pneumonie grippale double après avoir présenté des accidents de collapsus cardiaque très accentués, avec grande hypotension artérielle et raie blanche. Il trouve une capsule surrénale petite, arrondie, turgide, complètement hémorragique, sûr garant du rôle de l'insuffisance surrénale et du collapsus cardio-vasculaire.

Dans un second groupe de cas, le muscle cardiaque peut se laisser dilater passivement sous l'influence de l'obstacle apporté à la circulation pulmonaire par des

lésions du poumon, surtout s'il présente une tare antérieure.

Signes cliniques.

Dans presque tous les cas, M. Josué a noté un abaissement remarquable de la pression artérielle, aussi bien dans les cas simples que chez les malades qui présentent des complications pulmonaires. La pression maxima, aussi bien que la minima, sont très au-dessous du chiffre normal. Au Pachon la maxima 12 ou 11, la minima tombe à 7, à 6 et moins. On constate la ligne blanche de Sergent remarquable par sa netteté. M. Josué ne l'a observée avec une aussi grande fréquence dans aucune autre maladie.

Le cœur présente des signes de défaillance qui se traduisent par cette baisse notable de la pression artérielle et la mollesse des bruits à l'auscultation.

Ceux-ci sont sourds, lointains, voilés, traduisant la myocardite grippale.

Le pouls devient rapide, mou, dépressible, hypotendu. Parfois on a pu observer au contraire un pouls remarquablement lent, comme dans les cas signalés par Huchard en 1890.

Pendant la convalescence on observe de l'apathie, le pouls reste misérable, la tension basse, et il y a persistance de la raie blanche.

Chez les cardiaques, lorsque le cœur faiblit, il donne le tableau de la syncope, du collapsus cardiaque, de l'asystolie.

Pronostic.

Dans tous les cas l'état de l'appareil cardio-vasculaire apparaît comme un élément important de pronostic. MM. Rénon et Mignot ont pu dire : « L'abaissement extrême de la pression artérielle, la constatation de la ligne blanche de Sergent, la cyanose précoce du visage et des lèvres sont d'un augure fatal... » Le grand danger est surtout dans la sidération du cœur.

Chez les cardiaques, la grippe doit être toujours très redoutée : chez eux l'adynamie cardiaque secondaire assombrit le pronostic.

Traitement.

Les indications thérapeutiques à remplir dans les accidents cardiaques de la grippe découlent surtout de la pathogénie.

Il faudra tout d'abord se montrer très réservé dans l'emploi des médications susceptibles de déprimer la circulation, comme l'aspirine, le pyramidon, certains antithermiques, ou comme les purgations répétées.

Les accidents imputables à l'insuffisance surrénale devront être combattus par l'adrénaline ou les extraits surrénaux comme l'ont démontré MM. Josué et Sergent.

L'adrénaline sera administrée de préférence par la voie sous-cutanée à la dose de un milligramme par jour. D'après M. Sergent cette dose pourrait être portée avec avantage jusqu'à deux ou trois milligrammes par jour. Dans certains cas l'injection d'adrénaline sous la peau est mal tolérée. On pourra la donner alors à la dose

de X à XV gouttes, trois fois par jour, par la voie digestive.

On peut aussi lui substituer l'injection d'extrait surrénal, tel que le prépare M. Choay : à raison d'une ampoule par jour, correspondant à dix centigrammes d'extrait et à un milligramme d'adrénaline.

L'emploi des toniques cardiaques est très généralisé. Dans les formes graves, il faut instituer une médication énergique : Injections de spartéine et de strychnine (0 gr. 05 de sulfate de spartéine, un milligramme de sulfate de strychnine), alternée avec des injections d'huile camphrée à la dose de 4 à 8 centimètres cubes par jour, ou d'huile camphrée étherée, à la dose de 1 à 3 centimètres cubes par jour (celle-ci souvent douloureuse). Cette médication luttera efficacement contre l'asthénie cardio-vasculaire.

Il faut se montrer réservé dans l'emploi de la caféine qui peut causer ou entretenir le délire chez certains malades.

Le strophantus rend de grands services.

Chez les cardiaques, la thérapeutique toni-cardiaque doit être adoptée d'emblée par tous les moyens dont on dispose.

L'asystolie causée par les lésions pleuro-pulmonaires relève d'abord du traitement de celles-ci : les ventouses scarifiées, les ventouses simples, les sangsues à la base du poumon, dégageant l'appareil respiratoire, rendront plus efficace la médication toni-cardiaque.

Dans la convalescence, lorsque subsistent les symptômes d'insuffisance surrénale, la médication surrénale est encore indiquée : cachets de poudre surrénale à 0 gr. 30, deux à trois par jour, ou injection d'extrait surrénal de Choay.

CONCLUSIONS

Nous pouvons résumer ainsi les éléments essentiels de notre travail :

1° L'étude que nous venons d'en faire nous amène à constater l'identité des complications cardio-vasculaires de la grippe dans l'épidémie de 1889 et dans celle de 1918-1919.

2° Dans la dernière épidémie, la pathogénie des troubles cardiaques s'est complétée, pour un grand nombre de cas, de la notion de l'insuffisance des glandes surrénales.

3° Cette prédilection de la grippe pour les glandes surrénales a donné naissance à la médication surrénale.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris :

Sur quelques formes cliniques de la grippe infectieuse (Huchard). Séance du 24 janvier 1890.

Quelques remarques cliniques sur la grippe (Huchard). Séance du 14 mars 1890.

La convalescence dans la grippe (Huchard). Séance du 2 mai 1890.

De quelques accidents de la grippe (Dr Ferrand). 21 février 1890.

Presse médicale :

Un cas de gangrène du membre inférieur par artérite oblitérante consécutive à la grippe (Molina, André Moulonguet et Debray). 7 janvier 1919.

Un cas de thrombose de la veine cave inférieure et des veines iliaques primitives avec mort subite par embolie (M^{me} Madeleine Pommay-Michaux et M. Maurice Boué). 23 janvier 1919.

Phlébite oblitérante de la veine cave inférieure d'origine grip-pale (Favre, Savy et Tolot).

Paris médical, 1918 :

La grippe en 1918 (Professeur P. Lereboullet). 1918, p. 375.

Traitement de la grippe (Professeur Lereboullet). 1918, p. 399.

Paris médical, 1919 :

La phlébite grippale (Professeur Lereboullet et J. Hutinel).

Journal des Praticiens :

Remarques pathologiques, cliniques et thérapeutiques de l'épidémie de grippe actuelle (MM. Rénon et Mignot). 1918, p. 671.

Grippe (Professeur Chauffard). 25 janvier 1918.

Journal médical français, 1919, n° 1 :

La grippe (Castaigne, Antoine Lacassagne, professeur Leuret, Rénon).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques :

La grippe infantile et son traitement (Méry). 10 janvier 1919.

Insuffisance surrénale de la grippe (Emile Sergent). Article 25961, 1919.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 juillet 1919.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 juillet 1919.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpelher. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
